

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

225

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean BROUSSOLLE

Né le 16 Décembre 1909, à Paris

**Contribution à l'étude
des kystes radiculo-dentaires
du maxillaire supérieur
chez l'adulte**

Président : M. LEMAITRE, Professeur

Lucien CARIO, Imprimeur

13, Pass. Trubert-Bellier

PARIS (XIII^e)

1939

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean BROUSSOLLE

Né le 16 Décembre 1909, à Paris

**Contribution à l'étude
des kystes radiculo-dentaires
du maxillaire supérieur
chez l'adulte**

Président : M. LEMAITRE, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Le Doyen Tiffeneau.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	ROUVIÈRE.
Physiologie.....	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI.
Bactériologie.....	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAÎTRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-Sociale.....	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.	LEMAIRE.	Pathologie expérimentale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.	LEVEUF.	Pathologie chirurgicale.
BOULIN.	Pathologie médicale.	M ^{lle} J. LÉVY.	Pharmacologie.
BULLIARD	Histologie.	LÉVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiâtrie.
CATHALA.	Pathologie médicale.	MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
CHEVALIER.	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
DOGNON.	Physique.	MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
FEY.	Urologie.	MOUQUIN.	Pathologie médicale.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.	PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD.	Parasitologie.	PIÉDELIÈVRE.	Médecine légale.
GASTINEL.	Bactériologie.	PORTES.	Obstétrique.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.	RENARD	Ophtalmologie.
GAYET.	Physiologie.	RICHET.	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.	SANNIÉ.	Chimie biologique.
GIROUD	Histologie.	SÉNÈQUE.	Pathologie chirurgicale.
HAGUENAU.	Pathologie médicale.	TROISIER.	Pathologie expérimentale.
HALPHEN.	Oto - rhino-laryngologie.	TURPIN	Pathologie médicale.
HAZARD.	Pharmacologie.	VIGNES	Obstétrique.
HUGUENIN.	Anatomie pathologique.	WILMOTH.	Pathologie chirurgicale.
JOANNON.	Hygiène.		
LACOMME.	Obstétrique.		
LANTUÉJOUL.	Obstétrique.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE.	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.	VAUDESCAL.	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN. . .		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT. . . .	
CHABROL. . . .		GATELLIER. . .	
DONZELOT. . . .		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT.			
SÉZARY.			

MM.	
ECALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD.	Radiologie clinique.
RUFFE.	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PÈRE, A MA MÈRE.

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS.

A MES AMIS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR
FERNAND LEMAITRE,

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'Honneur,

*qui nous fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.
Hommage respectueux et reconnais-
sant.*

A Monsieur le Docteur PAUL ARDOUIN,
Laryngologiste suppléant
de l'hôpital général de Tours.

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et qui nous a guidé de ses
conseils éclairés dans son élaboration.*

*Nous le prions de trouver ici l'expression
de notre profonde gratitude.*

A NOS MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HOPITAL GÉNÉRAL DE TOURS.

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS.

INTRODUCTION

La question des kystes paradentaires est complexe du triple point de vue de l'étiologie, de la clinique et du traitement.

Nous avons fréquemment eu l'occasion d'observer dans la clientèle de nos parents, d'une part, la diversité d'aspect de certains kystes, et d'autre part l'évolution parfois considérable de quelques tumeurs paradentaires, avec envahissement de la cavité sinusienne.

Intéressé par plusieurs cas de formations kystiques dentaires qu'il nous a été permis de suivre, nous avons été séduit par l'idée de faire de cette étude l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous avons compris en particulier la nécessité qu'il y avait dans l'intérêt du malade, à ce que celui-ci soit surveillé de très près, en étroite collaboration entre le stomatologiste et le rhinologiste.

Ceci est vrai pour le petit kyste radiculaire négligé ou traité avec insouciance, qui peut devenir une tumeur kystique rapidement envahissante.

C'est vrai surtout, pour tel kyste à évolution sournoise intra-sinusienne et à manifestation banale vestibulaire. Dans ce cas, tout traitement temporisateur doit être proscrit et le stomatologiste ne doit pas se laisser tenter par une simple galvano-cautérisation, ou même par une incision passagèrement libératrice.

Nous nous sommes surtout attaché dans ce travail à décrire *le traitement chirurgical de certains kystes radiculo-dentaires*.

Nous avons surtout voulu montrer l'intérêt qu'il y avait à extraire complètement et en totalité la poche kystique. Pour cela une seule méthode est à préconiser : le clivage prudent, mais total, du kyste. Ce qui est vrai pour la plupart des tumeurs bénignes énucléables, l'est aussi pour les kystes paradentaires. Certaines difficultés rencontrées du fait d'adhérences inflammatoires, de prolongements sournois de la poche kystique ne doivent, en aucun cas, faire abandonner le clivage. Le décolleur, la spatule courbe et mousse doivent avoir le pas sur la curette.

Nous proscrivons systématiquement tout curettage — sauf bien entendu dans le cas de kystes manifestement purulents, ou encore lorsque la chance n'ayant pas favorisé l'énucléation complète, il faudra se résoudre à prendre la curette.

Nous proscrivons également en tant que méthode incomplètement curative, tout procédé de marsupialisation de la poche suivant la technique de Patsch. Cette technique, qui a donné parfois de bons résultats à certains stomatologistes, a contre elle la lenteur de la guérison et la possibilité de récurrence.

L'habitude du clivage rend des services inappréciables dans certains kystes intra-sinusiens où *persiste la cavité sinusienne saine, avec une muqueuse saine*.

C'est de cette façon qu'il est possible, sans aucun danger de communication, d'extraire le kyste sans toucher au sinus — technique qui devrait être la règle. Il est certain que, dans ces cas, tout curettage intempestif peut obliger le chirurgien à terminer par un Cadwel-Luc une intervention qui, normalement n'aurait pas dû intéresser la région naso-sinusienne.

Nous rapportons plus loin un certain nombre d'observations inédites, dues à l'obligeance du Docteur ARDOUX, laryngologiste de l'Hôpital général de Tours, que nous sommes heureux de remercier.

Toutes ces observations sont une illustration de ce que nous disons plus haut en faveur du clivage.

Nous avons fait précéder ces observations et le chapitre du traitement d'un exposé pathogénique, anatomique et clinique.

C'est intentionnellement que nous n'avons pas insisté sur le chapitre du diagnostic, en particulier du diagnostic radiologique qui, à lui seul, nécessite un travail spécial.

Enfin, nous nous sommes strictement restreint aux kystes radiculo-dentaires, c'est-à-dire que nous avons laissé de côté les kystes folliculaires et, d'autre part, les adamantinomes.

Notre thèse comprendra huit chapitres disposés de la façon suivante :

- 1° Historique ;
- 2° Définition et synonymie ;
- 3° Rappel stomatologique et embryogénique ;
- 4° Anatomie pathologique et pathogénie ;
- 5° Clinique ;
- 6° Traitement ;
- 7° Observations ;
- 8° Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La question des kystes paradentaires n'a été élucidée ces dernières années qu'à la lumière de certaines données embryologiques. Cependant, les tumeurs bénignes d'origine dentaire étaient connues depuis longtemps déjà.

— SOULTET en 1654 en avait fait la première description. Jusqu'alors les tumeurs liquides de la mâchoires étaient confondues avec les abcès.

— FAUCHART en 1728 constate l'écoulement d'une grande quantité de liquide après l'extraction d'une dent. Il en déduit qu'il doit exister une relation entre les dents cariées et les kystes.

— En 1750, à la suite d'une observation de RUNGE sur une racine plongeant dans le cavum kystique, cet auteur conclut que des rapports existent entre ces kystes et le système dentaire.

— DELPECH en 1816 attribue leur formation à la suite d'une dégénérescence kystique du paquet vasculo-nerveux de la dent. Leur apparition étant favorisée par une avulsion dentaire incomplète ou un traumatisme.

— DUPUYTREN en 1839 sépare les kystes des autres tumeurs de la mâchoire.

— C'est en 1840 que FORGET fait une distinction désormais classique entre les kystes uniloculaires et

multiloculaires. Il désigne les premiers sous le nom de kystes alvéolo-dentaires et attribue leur origine à la carie dentaire. Quant aux kystes multiloculaires, ils seraient formés par des cellules agrandies du tissu spongieux.

— MAGITOT en 1860 considère toutes ces formations kystiques comme consécutives à la carie dentaire et à la périostite alvéolo-dentaire chronique. Il les désignait sous le nom de kystes périostiques. Jusqu'alors ces kystes ne sont traités que par simple incision ou par le curettage.

— En 1865, de nouvelles méthodes sont préconisées par WEDL et HERDER, puis par ALBRECHT. Les premiers sont partisans de tamponner longtemps le kyste incisé et d'interposer des corps étrangers entre les bords de la plaie afin d'en éviter la réunion. Le second démontre la nécessité de détruire très soigneusement la poche kystique.

— BROCA, en 1869 considère tous les kystes des mâchoires comme étant d'origine dentaire, les tumeurs se constituant aux dépens du follicule dentaire. L'apparition du kyste marque l'arrêt de l'évolution de la dent.

— En 1872, MAGITOT distingue trois périodes différentes dans l'évolution dentaire pendant lesquelles un kyste peut prendre naissance et donner les variétés suivantes :

Les kystes folliculaires contenant exclusivement du liquide répondent à la première période : *période embryoplastique*.

Les kystes comprenant des rudiments dentaires correspondent à la deuxième période : *période odontoplastique*.

Les kystes contenant des dents développées qui se produisent dans la troisième période : *période coronaire*.

— En 1874 MALASSEZ attribue l'origine des kystes et des épithéliomes centraux du maxillaire aux bourgeons épithéliaux persistant chez l'adulte.

— VERNEUIL en 1876 reprenant les mêmes idées émet la *théorie épithéliale*. De nombreux bourgeons épithéliaux au niveau des gencives pendant la formation dentaire peuvent persister chez l'adulte et aboutir à la formation de tumeurs kystiques.

— CHAVROT en 1881 défend la théorie périostique de Magitot et conclut : « Les kystes périostiques ont une origine dentaire bien démontrée et se développent sur la racine d'une dent malade ou ébranlée. »

— MICKULICZ toujours en 1881 donne comme origine du kyste l'invagination ectodermique gingivale datant de l'époque embryonnaire suivie de sa dégénérescence kystique.

— Enfin, en 1884, MALASSEZ et ALBARRAN établissent la théorie paradentaire émise aujourd'hui « Les débris épithéliaux irrités par les inflammations du voisinage prolifèrent et se différencient en kystes ou en tumeurs pleines. »

— ALBARRAN en 1888 découvre une ébauche de la troisième dentition sous forme d'un bourgeon de remplacement succédant à celui de la dent définitive et disparaissant par la suite. Le résidu en serait les *débris épithéliaux de MALASSEZ*.

— OMBREDANNE divise les kystes dentaires en :

- 1° Kystes adamantins ou multiloculaires ;
- 2° Kystes dentifères ;
- 3° Kystes paradentaires ou radiculo-dentaires.

CHAPITRE II

DEFINITION ET SYNONYMIE

Les kystes paradentaires ou radiculo-dentaires sont des tumeurs kystiques, résultat de la prolifération de débris épithéliaux embryonnaires inutilisés — désignés sous le nom de débris épithéliaux de MALASSEZ et GALIPPE.

Ils se développent généralement au voisinage de racines dentaires infectées d'où leur nom de kystes radiculo-dentaires.

Citons les appellations diverses dont ces kystes ont été l'objet de la part de différents auteurs.

Kystes alvéolo-dentaires (FORGET).

Kystes appendiculaires.

Kystes juxta-dentaires.

Kystes juxta-radiculaires (CAVALIE).

Kystes latéro-radiculaires.

Kystes odontopathiques (DUPLOY).

Kystes périostiques (MAGITOT).

Kystes radiculaires.

Kystes radiculo-dentaires (MALASSEZ).

Kystes uniloculaires simples (NIMIER).

Adamantinomes kystiques simples (CORYLLOS).

CHAPITRE III

RAPPEL STOMATOLOGIQUE ET EMBRYOLOGIQUE

1° *Aperçu stomatologique*

Schématiquement, on distingue dans une dent une couronne ou partie visible et une racine ou partie cachée dans l'alvéole.

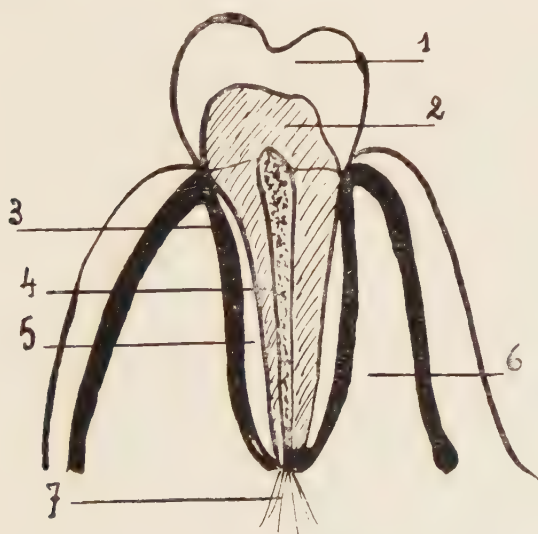


Fig. 1. (d'après Ruppe)

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| 1. Email. | 5. Cement. |
| 2. Ivoire. | 6. Os. |
| 3. Ligament alvéolo-dentaire. | 7. Pedicule vasculo nerveux |
| 4. Ivoire. | pulpaire. |

La dent est un organe creux, présentant dans sa partie axiale une cavité, qui s'évase dans la couronne (c'est la chambre ou cavité pulpaire) et devient au contraire étroite dans la racine (c'est le canal radiculaire). Cette cavité renferme la pulpe de la dent, c'est-à-dire l'ensemble du tissu conjonctif et des ramifications terminales vasculaires et nerveuses qui abordent la dent par le foramen apical au centre de l'extrémité de la racine.

On sait également que la dent est constituée par une substance dure spéciale, la dentine ou ivoire, qui se double de l'émail, au niveau de la couronne, et du ciment au niveau de la racine.

La dent est maintenue en place dans son alvéole, d'une part grâce à un anneau gingival qui sertit en quelque sorte la dent, et surtout par le périoste alvéolo-dentaire qui, sous le nom de ligament alvéolo-dentaire de MALASSEZ, descend jusqu'au fond de la cavité alvéolaire, réalisant ainsi une véritable articulation de la dent dans son alvéole (gomphose).

Entre le ligament alvéolo-dentaire et la dent se trouve un espace alvéolo-dentaire qui se développe surtout au niveau de l'apex de la racine.

C'est en définitive dans cet espace périapical, que cheminent les vaisseaux et les nerfs qui vont aborder le foramen apical pour s'épanouir ensuite dans la pulpe.

C'est dans cet espace-également, disons le tout de suite, que se trouve une partie des débris épithéliaux paradentaires de MALASSEZ et GALIPPE, dont l'embryologie va nous préciser l'origine.

2° *Aperçu embryologique*

Chez l'homme, les dents commencent à se développer au deuxième mois de la vie fœtale.

Leur origine est à la fois conjonctive et épithéliale.



Fig. 2.

1. Mur plongeant.
2. Partie profonde de la crête dentaire.

On voit en effet vers le 40^e ou le 50^e jour de la vie intra-utérine, l'épithélium de la muqueuse buccale tapissant les arcs maxillaires proliférer et s'enfoncer dans le tissu conjonctif embryonnaire sous-jacent sous la forme d'une bande épithéliale.

De cette bande épithéliale, — appelée également bourrelet épithélial, crête dentaire, germe de l'émail, (anciens auteurs), mur plongeant, — se détache comme une crosse, une saillie transversale, ou lame épithéliale de Kölliker, dont le bord libre donne lieu à une série de petits bourgeons qui constituent les germes des dents futures.

La paroi renflée du bourgeon s'appelle organe de l'émail, tandis qu'on désigne le point d'attache du bourgeon à la lame épithéliale sous le nom de cordon folliculaire.

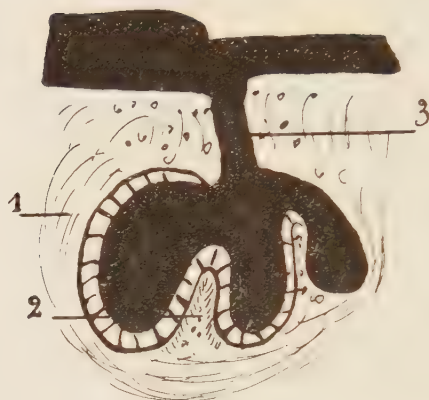


Fig. 3.

1. Sac dentaire.
2. Papille dentaire.
3. Mur plongeant ou cordon folliculaire.

Le cordon folliculaire donne lui-même naissance à un bourgeon qui deviendra le germe de la dent de remplacement. L'organe de l'émail se déprime bientôt en cul-de-bouteille dans son extrémité profonde. C'est dans cette invagination que vient se loger une petite masse de tissu conjonctif, véritable papille embryonnaire. C'est l'organe de l'ivoire ou bulbe dentaire.

En outre, dans le même temps, l'organe de l'émail, s'entoure d'une capsule conjonctive appelée paroi du follicule.

La paroi du follicule et la papille coiffée de l'organe adamantin constituent le follicule dentaire : c'est le germe de la dent future.

Du pédicule du bourgeon adamantin de la première dent part un bourgeon secondaire qui formera la dent de remplacement.

Enfin, sur le bourgeon de cette seconde dent, partira un nouveau bourgeonnement, ébauché d'une troisième dentition.

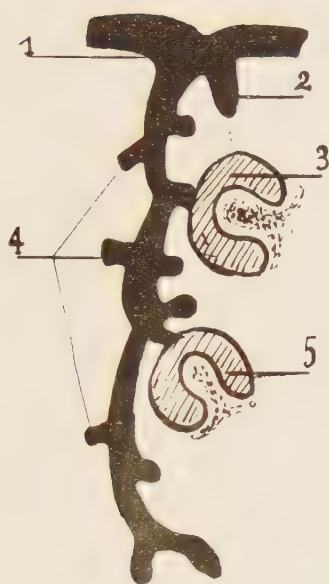


Fig. 4.

1. Lamé épithéliale.
2. Mur plongeant.
3. Bourgeon de la 1^{re} dentition.
4. *Ebauches paradentaires.*
5. Bourgeon de la 2^e dentition.

Ainsi se constituent en définitive les dents permanentes, et nous voici arrivé, en ce qui concerne tout au moins le côté embryologique, au point essentiel.

En effet, parmi ces bourgeons épithéliaux issus en dernier ressort de la lame épithéliale de Kölliker, *ceux-là seuls ont de l'avenir qui forment les organes de l'émail des dents permanentes.*

Un certain nombre, en effet, de bourgeons épithéliaux restent inutilisés, et persistent à l'état d'ébauches paradentaires, au voisinage des bourgeons efficaces, des follicules dentaires et plus tard de la dent elle-même.

Ce sont ces reliquats épithéliaux, véritables amas cellulaires, que MALASSEZ a trouvés autour de la racine des dents chez l'homme adulte, à l'état normal.

Ce sont ces débris épithéliaux paradentaires de MALASSEZ et GALIPPE qui jouent le rôle principal dans la pathogénie des kystes paradentaires.

Les débris épithéliaux de MALASSEZ et GALIPPE peuvent être rangés dans trois groupes principaux :

1° Un groupe profond, enfoui au voisinage de l'extrémité de la racine : c'est le groupe apical, le plus important.

2° Un groupe moyen siégeant dans l'épaisseur de la gencive entre la muqueuse et les follicules dentaires.

3° Un groupe superficiel, gingival, sous-jacent à la muqueuse.

LERICHE et COSTE terminent leur étude sur les kystes paradentaires de la façon suivante :

« Il n'y a aucune distinction à faire entre le follicule de la dent de remplacement, les débris paradentaires et l'épithélium gingival. La maquette épithéliale originelle est la même pour eux ; ils sont édifiés sur le même plan. Les débris épithéliaux de la gencive ont la même valeur que les débris épithéliaux profonds qui représentent l'ébauche avortée de la troisième ou de la quatrième dentition. Malgré quelques indices histologiques différents, ils ont les mêmes possibilités de prolifération, les mêmes aptitudes néoplasiques en puissance. »

Cette opinion est actuellement admise par la plupart des auteurs.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGENIE

A. — *Histopathologie des kystes paradentaires*

L'étude pathogénique des kystes paradentaires ne peut se comprendre qu'à la lumière de deux sortes de faits. Il s'agit d'une part de phénomène infectieux et d'autre part de manifestations embryonnaires.

Nous avons rappelé plus haut quelques notions embryologiques, dont nous verrons plus loin l'importance.

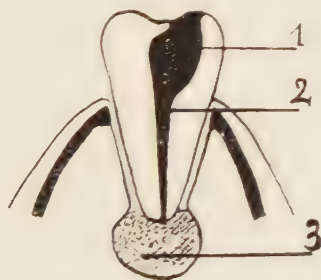


Fig. 5.
d'après Ruppe

1. Carié.
2. Cavité pulpaire.
3. Granulome périapical.

En ce qui concerne la part de l'infection, nous pouvons dire d'emblée qu'elle est prépondérante. C'est en effet en général la carie dentaire qui aboutit soit à la production d'un granulome apical plus ou moins bénin, soit au développement d'une véritable tumeur kystique : le kyste paradentaire ou radiculo-dentaire.

Schématiquement, la carie dentaire est le résultat de l'attaque des tissus durs de la dent — dans un second stade, la pulpe est intéressée : c'est la pulpite. Enfin la désagrégation de la pulpe aboutit à la gangrène pulpaire.

L'infection franchit alors l'espace périapical réalisant le stade de périapexite. Suivant l'intensité de l'infection, il peut y avoir soit suppuration, soit lésion hyperplasique.

Les phénomènes hyperplasiques périapexiens sont les seuls qui nous intéressent dans ce travail. Nous allons voir en effet, comment ils aboutissent dans un premier stade au granulome péri-apical, et comment ensuite ils peuvent donner naissance aux kystes radiculo-dentaires.

1° *Granulome périapical*. — ARDOUIN, élève du Professeur LEMAITRE, a fait du granulome périapical une étude particulièrement nette. Il distingue le granulome simple et le granulome épithélial.

« Le granulome simple, évolué, comprend une capsule conjonctive limitant à la périphérie le tissu de granulation ; cette capsule plus ou moins épaissie est formée de faisceaux de fibres collagènes abondantes, avec zone fibroblastique de plus en plus dense au fur et à mesure que l'on se rapproche de la partie centrale.

« La réaction proliférative du tissu conjonctif apparaît de plus en plus marquée, plus on avance vers le centre de la lésion.

« On y rencontre le groupe de cellules inflammatoires lymphocytes, plasmocytes, macrophages, représentant les cellules inflammatoires histiogènes.

On y trouve des néo-vaisseaux en quantité considérable, ce qui explique les processus hémorragiques fréquents dont le granulome est le siège.

Enfin, l'aspect du granulome peut être modifié également par certains processus de dégénérescence graisseuse, ou cholestérinique (la plus fréquente), ou hyaline, ou myxomateuse.

Le granulome épithélial s'apparente au granulome simple. Il s'en distingue seulement par la présence d'épithélium, dont l'origine doit être rattachée à la présence des débris paradentaires de MALASSEZ et GALIPPE.

Et nous voyons ainsi le granulome péri-apical s'acheminer vers le kyste radiculo-dentaire. Ces cellules qui constituent la paroi du futur kyste, augmentent de volume et se multiplient, ceci vraisemblablement, en raison des phénomènes congestifs, de la présence de ferments leucocytaires et des modifications physico-chimiques du milieu.

C'est ainsi que se développe la cavité kystique. Ainsi constitué le kyste radiculo-dentaire adulte comprend : (ARDOUX)

— Une poche kystique à épithélium polymorphe envoyant toute une série de boyaux dans le stroma.

— Un stroma sous-jacent, d'allure souvent myxoïde et parsemé de foyers inflammatoires de type lymphoplasmocytaire.

— La paroi conjonctive comprend souvent une surcharge graisseuse importante ainsi que des zones correspondant à l'inclusion de cristaux de cholestérine.

2° *Kyste paradentaire*. — Nous allons pouvoir uti-

liser ici les notions anatomiques et embryologiques rappelées aux paragraphes précédents.

La pathogénie de ces kystes donne toujours lieu à des controverses passionnées.

SIEGMUD et WEBER dans *Euler-Meyer* (Maladies des dents) cité par ADLER fait une belle description des Schaumzellen (cellules écumeuses), grandes cellules existant dans les granulomes qui jouent un rôle dans la désintégration des leucocytes et l'absorption de leurs éléments constitutants. Elles contiennent dans leur protoplasma des matières grasses (éthers, sels de cholestérine) en forme de fines gouttelettes à double réfrigérence. Ces gouttelettes s'accroissent et finissent par remplir tout le cytoplasma de la cellule qui, elle-même s'est agrandie. Dans les préparations traitées par l'alcool ces cellules dissoutes et vues en négatif apparaissent à un faible grossissement sous forme de taches claires ; à un grossissement plus fort, elles semblent être composées de nombreuses petites vacuoles ressemblant à de l'écume.

Lors de leur désintégration se produit la rupture de leur enveloppe et les matières grasses sont mises en liberté dans les tissus ; leur cholestérine donne de grands cristaux rhomboïdes. Dans les préparations de tissus, il reste des lacunes lancéolées, les cristaux eux-mêmes ayant été dissous lors de leur passage dans l'alcool. Ces cellules écumeuses peuvent exister en grand nombre et accumulées, occuper un grand espace. Leur désintégration, favorisée par l'action fermentative des leucocytes aboutit à la liquéfaction dans le tissu de granulation.

Pour l'épithélium, le processus débute par les cellules centrales qui s'écartent sans augmenter considérablement de nombre, et restent réunies par de petits prolongements, tandis que les cellules basales restent bien serrées. Il se forme des vacuoles

entre les prolongements cellulaires. Des leucocytes apparaissent dans l'épithélium. Par leur action fermentative, les cloisons cellulaires voisines, déjà privées d'un métabolisme régulier finissent par disparaître. Il en résulte une liquéfaction totale. Plusieurs foyers de liquéfaction se trouvent ainsi réunis, entourés d'épithélium ils constituent un kyste (ADLER).

WILLIGER voit dans le traumatisme une cause fréquente de kyste.

BECKER aurait également relevé la notion de traumatisme dans cinquante cas sur 2.130 cas observés. Cet auteur précise que l'hémorragie ainsi produite dans le périodonte d'une dent à pulpe morte donnerait lieu à la formation d'une cavité. Par la suite, les restes épithéliaux voisins proliféreraient et formeraient par leur réunion avec d'autres débris épithéliaux, de véritables kystes. BECKER ajoute que la présence d'un granulome initial facteur possible et spontané d'hémorragie, ne serait pas indispensable.

DELATER et BERCHER étudient en 1923 la dégénérescence cholestérinique dans les granulomes et les kystes paradentaires et voient dans ce processus un facteur important dans la pathogénie des kystes.

Personnellement, en dehors de certains kystes infectés, ou en voie de l'être, nous avons toujours été impressionnés par la présence de fines paillettes brillantes de cholestérine aperçues dans le liquide vert, foncé, dès l'ouverture de la poche kystique.

Pour CROQUEFER, cette cholestérine peut provenir, soit du sang, soit des tissus. Provient-elle du sang ? se demande cet auteur. Admettons-le.

Deux cas peuvent être envisagés. Ou bien la cholestérine filtre à travers la paroi des vaisseaux sanguins, passe dans les tissus et de là dans le liquide du magma ; ou bien, il se produit des hémorragies à

la partie centrale des granulomes et au niveau de la paroi des kystes, les tissus environnants absorbent par osmose une partie de cette cholestérine qui peut secondairement se cristalliser.

Le dosage de la cholestérine contenue dans un litre de liquide kystique, comparé à celui de celle contenue dans un litre de sérum de sang de malade a permis à CROQUEFER de constater un chiffre plus élevé dans le liquide kystique. Cette cholestérine ajoute alors cet auteur ne viendrait donc pas uniquement du sang.

Provient-elle des tissus ? se demande dans un second temps CROQUEFER. Admettons-le.

C'est alors aux dépens des lymphocytes, qu'il croit possible les dégénérescence cholestériniques.

Précisons, avec ADLER, que la *cavité creusée* à l'intérieur du granulone par dégénérescence cholestérinique, resterait revêtue de l'épithélium épargné par la dégénérescence.

La formation de cette cavité serait, pour REDIER, consécutive à une suppuration de la partie centrale du granulome.

ROEMER voit dans la dégénérescence hydropique des cellules épithéliales le point de départ des kystes. Par leur tuméfaction suivie de vacuolisation les cellules des « cloches épithéliales » gonflent, prennent des proportions énormes et offrent l'aspect de tissu muqueux pauvres en cellules.

Parvenues à une phase de destruction excessive, elles perdent leurs membranes et déversent leur contenu dans le voisinage ; de là naît la future cavité kystique.

PROELL attache toute l'importance du processus kystique à la dégénérescence lipoïde du tissu de granulation et à son « isolement » par le tissu épithélial.

Pour WITZEL, l'accroissement du kyste aurait pour cause une sécrétion permanente de la membrane épithéliale.

MAGITOT faisait intervenir la périostite chronique alvéolo-dentaire et la métaplasie conjonctivo-épithéliale. Mais sa théorie est actuellement abandonnée.

L'origine épithéliale de ces kystes est en général admise par la majorité des auteurs.

ARDOUX discutant les diverses théories émises estime que la formation de ces kystes paradentaires paraît soumise à l'influence de deux facteurs : d'une part la polarisation épithéliale et d'autre part le degré d'inflammation du tissu ambiant. Il fait donc intervenir les deux éléments épithélial et conjonctif.

Par la suite, le granulome étant déjà constitué, les cellules épithéliales, sous l'influence irritative du foyer de granulation peuvent participer au phénomène réactionnel.

B. — *Anatomie pathologique macroscopique des kystes paradentaires*

On doit, dans cette étude, considérer le liquide, la cavité et la poche kystique.

Le liquide est en général clair, plus ou moins visqueux, de teinte jaune verdâtre. On y distingue généralement de nombreux cristaux de cholestérine.

La cavité du kyste est en général arrondie, ou légèrement ovalaire.

La membrane qui recouvre la couche kystique est relativement mince. Elle est de plus facilement décollable et c'est une notion précieuse à connaître comme nous le verrons au chapitre du traitement.

Lorsque le kyste prolifère, l'os est progressivement refoulé, puis aminci et finit même par disparaître complètement. Dans ce cas, à la sensation de crépi-

tation parcheminée de balle de celluloid fait suite une simple sensation de fluctuation, car la paroi du kyste s'accole à la muqueuse vestibulaire.

La question la plus intéressante, surtout pour le rhinologiste est constituée par les rapports du kyste avec les parois du sinus maxillaire. On dit souvent que le kyste pénètre dans le sinus et devient intra-sinusien. Ceci n'est pas strictement exact ; le kyste en effet refoule tout d'abord la paroi osseuse et en même temps la muqueuse du sinus. Si la poussée s'accroît, la cavité sinusienne peut diminuer au point de n'être plus que virtuelle, mais en fait, elle existe toujours. Cela ne veut pas dire cependant qu'il ne puisse pas y avoir relation entre la cavité sinusienne et la couche kystique. Certains kystes, en effet, peuvent suppurer, mais très rarement la muqueuse du sinus s'infecte par contiguïté. La sinusite maxillaire est donc une complication rare des kystes paradentaires.

Un point important est la classification des kystes radiculo-dentaires d'après la dent causale.

Avec le professeur LEMAITRE nous établirons la classification suivante :

1° *Les kystes des deux grosses molaires supérieures.* — Outre l'évolution vestibulaire ou antrale, précise le Professeur LEMAITRE, la racine interne de ces deux dents est susceptible d'engendrer un kyste palatin.

2° *Les kystes des prémolaires* sont très fréquents. Ces kystes ont en général une évolution vestibulaire ou antrale.

3° *Les kystes de la canine* sont rares et toujours vestibulaires.

4° *Les kystes de l'incisive latérale* sont très inté-

ressants en raison de leurs manifestations nasales ou palatines. Ils sont très fréquents. Leur extériorisation est également souvent vestibulaire.

5° *Les kystes de l'incisive centrale* sont rares. Ces kystes détruisent le massif incisif, soufflent le vomer et abaissent la voûte palatine. Ils ont un pouvoir de délabrement considérable.

CHAPITRE V

SIGNES ET DIAGNOSTIC DES KYSTES RADICULO-DENTAIRES

Il faut ici distinguer d'une part les signes communs à tous les kystes et, d'autre part, des signes spéciaux en rapport avec la dent causale.

1) Signes communs à tous les kystes paradentaires

Trois phases peuvent être distinguées :

1° *Période de début.* — Le kyste est tout d'abord silencieux. Rien ne peut déceler sa présence qu'une radiographie, que le stomatologiste demande pour des causes diverses.

On distingue alors une image lacunaire périapicale, à fond homogène, à contour régulièrement arrondi, bordée par un trait fin, opaque.

2° *Période d'état, ou phase d'extériorisation fermée* (RUPPE). -- On se trouve en présence d'une tuméfaction intra-osseuse, arrondie, en verre de montre, recouverte d'une muqueuse saine et dont la consistance varie.

a) Dans un premier stade, l'impression est celle d'une soufflure du squelette : il s'agit d'une tumeur de consistance osseuse.

b) Dans un deuxième stade, l'os étant particulièrement aminci, l'impression est celle d'une balle de celluloid que l'on déprime ; c'est le signe de la crépitation parcheminée.

c) Enfin, lorsque l'os lui-même est complètement détruit, on n'a plus qu'une sensation de fluctuation analogue à toutes les tumeurs liquidiennes.

3° Dans une troisième période, si le kyste n'est pas opéré, il peut très bien s'ouvrir spontanément, s'infecter et se fistuliser.

II) *Les signes particuliers sont facteurs de la dent causale*

Nous avons vu dans l'étude d'anatomie pathologique macroscopique que nous avons faite que l'évolution squelettique du kyste était différente suivant la dent, et même pour une même dent suivant la racine. Voici comment, avec RUPPE, on peut décrire les signes particuliers à chaque variété de kystes paradentaires :

1° *Kystes des prémolaires et des molaires supérieures.* — Ces kystes révèlent rarement leur existence par une déformation faciale — sauf dans les kystes volumineux et dans les kystes superficiels sous-muqueux qui ont immédiatement une expansion jugale.

Plus intéressant et plus rare aussi est le kyste palatin émanant des racines palatines de grosses molaires. Ce kyste provoque en effet une déformation en verre de montre disposée dans un sens frontal.

Nous voudrions signaler toute l'importance des volumineux kystes sinusiens développés aux dépens des molaires supérieures.

Pour le rhinologiste, en particulier, ces kystes

possèdent un intérêt considérable. Ce sont eux surtout qu'il est appelé à voir et à traiter.

C'est qu'en effet pendant une période de temps plus ou moins longue, ces tumeurs kystiques évoluent à bas bruit, sans gêne manifeste pour le malade. Puis, c'est à l'occasion d'une visite chez le stomatologiste que l'attention est attirée par une petite tuméfaction vestibulaire avec une dent douloureuse.

C'est là qu'il importe de faire aussi rapidement que possible un diagnostic, de ne pas perdre de temps, de ne pas pratiquer d'incision qui ne soulagent que trompeusement et pour un temps en général très court, ces malades.

La pratique de la radiographie, l'examen du rhinologiste, éviteront de se trouver ensuite au moment d'une intervention tardive en présence de véritables évidements, d'une hémiface par une tumeur régulièrement et progressivement extensive.

2° *Les kystes de la canine* sont rares. Ils sont en général vestibulaires.

3° *Les kystes de l'incisive latérale* sont souvent très curieux du point de vue clinique. C'est ici que la participation du rhinologiste peut être parfois prépondérante.

Ces kystes peuvent en effet avoir un développement soit nasal, soit palatin, soit même parfois mixte, naso-palatin.

La rhinoscopie antérieure doit toujours dans ces cas être pratiquée avec un soin tout particulier. On aperçoit dans le cas d'un kyste nasal, un soulèvement régulier du plancher de la fosse nasale. Dans le cas de participation palatine, il existe une tuméfaction palatine latérale, en forme de boudin antéro-supérieur (RUPPE) qui ne débute que un centimètre en

arrière du collet de la dent pour atteindre d'emblée son point culminant, et se rétrécir ensuite progressivement en arrière (RUPPE).

4° *Les kystes de l'incisive centrale* sont assez rares. Nous en publions plus loin une observation caractéristique. Dans ce cas, on assiste à la destruction de toute la région incisive. Le processus kystique s'insinue dans le pied du vomer et le souffle en le dédoublant.

Diagnostic des kystes paradentaires

RUPPE émet en principe que le diagnostic différentiel des kystes paradentaires se pose dans les trois circonstances suivantes :

1° *En présence d'une tuméfaction de consistance osseuse impossible à ponctionner.*

La première chose à faire est de demander une radiographie. L'image du kyste est une image claire à contour arrondi et régulier.

Deux affections toutefois peuvent donner le change : d'une part le granulome et d'autre part la tumeur à myéloplaxes.

Entre le gros granulome et le petit kyste il n'y a souvent que des questions de nuances.

La tumeur centrale à myéloplaxes, différente de l'épulis, est globuleuse comme le kyste, mais de contours moins nets. De plus, sa consistance est plus cartilagineuse. Enfin, la radiographie montre des cloisonnements que l'on n'observe pas dans le kyste.

2° *Lorsque la ponction a montré qu'il s'agissait d'une tumeur liquide intra-osseuse.*

Au maxillaire supérieur, la différence doit s'établir avec les kystes corono-dentaires, en rapport avec une canine ou une dent de sagesse incluse.

Signalons dans la région incisive le diagnostic d'exception à faire avec les kystes mucoïdes du seuil narinaire. La ponction retire un liquide filant, sans paillettes de cholestérine. Dans la région palatine, dit RUPPE, nos investigations diagnostiques seront guidées par la topographie des désordres pathologiques.

Au point culminant de la voûte médiane ou paramédiane, apparaît la gomme syphilitique ; dans la région antéro-latérale du palais, le kyste radiculodentaire de la canine incluse ; dans la région postéro-latérale du palais, les kystes radiculodentaires émanés de la racine palatine d'une grosse molaire, parfois des tumeurs comme le sarcome et rarement le cylindrome et la tumeur mixte.

3° *En présence d'une fistule muqueuse*, il faut (RUPPE) :

- a) Regarder l'aspect de la fistule ;
- b) Noter la nature et l'abondance de l'écoulement ;
- c) S'armer d'un stylet pour l'explorer ;
- d) Rechercher la cause par la radiographie.

Car, cette fistule peut être due :

1. A la persistance d'un fragment de racine ou d'un petit séquestre ;
2. A la présence d'une dent incluse ;
3. A l'existence d'un kyste suppuré radiculo ou corono-dentaire ;
4. A une communication bucco-sinusale.

La fistule du séquestre est bourgeonnante et le pus qui en sourd est peu abondant.

La fistule de la dent incluse donne au stylet l'impression du corps dur et la radiographie montre l'image de la dent incluse.

Dans le cas de fistule bucco-sinusale le stylet

s'enfonce très loin et d'autre part l'eau de lavage ressort par le nez et non par la bouche comme dans les kystes.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Nous envisagerons dans notre travail le traitement des kystes relativement importants.

En effet, le traitement des tout petits kystes radiculo-dentaires ne diffère pas beaucoup du traitement du granulome périapical et comme lui ressort du domaine strict du praticien.

Les kystes plus volumineux au contraire, s'ils peuvent parfois être réséqués d'une façon très simple, sont par ailleurs susceptibles d'entraîner dans certains cas l'opérateur vers des interventions très larges. Ils nécessitent alors l'intervention du stomatologiste ou du chirurgien spécialisé.

Nous envisagerons successivement :

- 1° Les moyens et leur mode d'action ;
- 2° Les techniques ;
- 3° Les résultats.

1° Les moyens et leur mode d'action

Contrairement à certaines tumeurs bénignes sensibles aux agents physiques : rayons X, radium, électrothérapie, les tumeurs kystiques ne peuvent relever que d'une thérapeutique chirurgicale. Certains auteurs (Méthode de Partsch) ont bien

essayé, après l'incision de la cavité kystique et sa marsupialisation, de faire agir les agents chimiques comme l'acide chromique ou le chlorure de zinc, mais de pareils procédés sont actuellement abandonnés par la plupart des rhinologistes.

2^o *Les techniques*

«D'accord en cela avec le Professeur SÉBILEAU, déclare le Professeur LEMAITRE, nous pensons que les kystes paradentaires, comme tous les kystes, doivent être traités en vue d'une cure radicale par l'exérèse totale de la paroi kystique.»

Comment doit-on conduire cette intervention?

Il faut tout d'abord agir avec une grande prudence et une grande douceur.

Sur la muqueuse vestibulaire, on incise superficiellement le kyste au niveau de son équateur. Il faut ensuite aller jusqu'au périoste que l'on décolle prudemment à la rugine. C'est à ce moment que l'on aperçoit la membrane du kyste.

Les opinions varient sur la conduite à tenir dès que la poche kystique apparaît.

Certains auteurs (RODIER) cherchent à décoller le kyste en totalité et mettent un point d'honneur à énucléer le kyste en entier.

D'autres chirurgiens avec le Professeur LEMAITRE incisent au contraire délibérément le couvercle vestibulaire du kyste et en évacuent d'emblée le contenu.

Nous pensons que l'idéal est dans une technique mixte.

Il y a en effet, pensons-nous, un gros intérêt, tout au moins au début, à maintenir intacte la paroi kystique. En effet, il est plus facile après avoir dénudé cette paroi de trouver le plan de clivage idéal entre la lame osseuse environnante et le kyste.

Nous utilisons alors comme instrument, un décol-

leur à sous-muqueuse de Sébilleau, ou plutôt une série de décolleurs auxquels au préalable nous avons fait subir des courbures différentes. C'est un instrument merveilleux pour cela.

Il arrive un moment où, par suite de la profondeur du kyste ou de certaines adhérences, le clivage ne peut plus s'obtenir facilement. Nous utilisons alors les rugines plates et courbes de Veau pour la chirurgie palatine. Ces rugines sont plus actives et plus puissantes que de simples décolleurs.

Pour effectuer ce travail de clivage, il est utile de conserver intacte, croyons-nous, la poche kystique.

Cependant, quand ce stade est presque complètement réalisé, il est de règle que l'on sente, vers les parties les plus profondes du kyste ou vers tout autre endroit une résistance qui paraît insurmontable sans la déchirure de la poche.

C'est à ce moment-là que, prenant la paroi kystique entre deux pinces de Nocker, nous l'incisons et en évacuons le contenu.

Dès lors, il devient très facile d'avoir raison des dernières adhérences et on a la joie d'avoir presque toujours la totalité de la paroi kystique.

Nous ne sommes pas partisans de la curette, sauf bien entendu lorsque les manœuvres précédentes ont échoué.

La curette est en effet un procédé aveugle, que l'on a tendance à manier un peu trop énergiquement dans la crainte de laisser quelques débris kystiques. Nous avons l'impression que presque toujours — tout au moins dans les kystes non infectés — l'ablation du kyste doit s'obtenir par un clivage méthodique et patient. La dent causale doit être traitée sauf de rares exceptions par l'avulsion.

La suture des lèvres de la plaie n'offre aucun avantage et peut être au contraire malgré toutes les

précautions prises la cause de suppuration secondaire.

Mieux vaut surveiller la cavité et au besoin la cautériser ultérieurement avec du chlorure de zinc.

Cette technique vaut pour la généralité des kystes. Voyons comment on peut l'adapter aux localisations spéciales.

Deux cas surtout sont à envisager :

1° Les kystes de l'incisive latérale ;

2° Les kystes sinusiens.

1° Dans le cas des kystes de l'incisive latérale, il faut en effet être particulièrement prudent et patient. Nous nous sommes trouvé dans un cas de ce genre et nous avons pu nous rendre compte des avantages du clivage systématique et progressif. Le moindre coup brutal, la moindre échappée violente du décolleur peut être la cause d'une fistule nasopalatine toujours difficile à tarir.

2° Avec les kystes sinusiens, nous touchons à la grande, l'éternelle question, qui passionne toujours stomatologistes et rhinologistes.

De nombreux débats ont eu lieu sur ce problème dans les congrès spécialisés.

Certains auteurs avec Jacques RICHTER, Gérard MAUREL, ROUSSEAU-DECELLE et CROQUEFER incorporent la cavité du kyste dans l'intérieur du sinus et suppriment la cloison intersinuso-nasale, comme dans le CALDWELL-LUC.

A la vérité, nous avons toujours vu réaliser ce procédé opératoire avec entière satisfaction, dans les kystes extrêmement volumineux, où la cavité sinusienne n'existait pratiquement plus et dans les kystes avec sinusite maxillaire concomitante.

Mais nous reconnaissons avec le Professeur LEMAITRE qu'il est préférable toutes les fois qu'on

le peut, d'éviter la mise en communication de la cavité kystique avec les fosses nasales ou avec le sinus muqueux.

Pour cela, nous le répétons, car c'est d'une importance primordiale — il est indispensable d'être absolument sûr de son clivage et de ne pas utiliser la curette.

3° *Les résultats* de la résection complète de la poche kystique après clivage sont excellents.

Immédiats : il est rare d'observer quelque complication hémorragique ou infectieuse.

Tardifs : C'est très rapidement que le malade guérit de son affection et retrouve l'équilibre et l'harmonie de son massif facial. Cette guérison est définitive si l'exérèse a été complète.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

Les observations que nous publions plus bas sont toutes inédites.

Elles nous ont été amicalement communiquées par M. le Docteur ARDOUIN, laryngologiste de l'Hôpital général de Tours et concernant des malades de sa clientèle privée.

Nous tenons à renouveler ici au Docteur ARDOUIN l'expression de notre gratitude.

OBSERVATION N° 1

(D^r ARDOUIN)

Mlle A..., âgée de 17 ans, nous est adressée le 10 juin 1935 par son dentiste, pour une tuméfaction de toute la région du maxillaire supérieur droit.

Notre confrère en m'adressant sa malade précise qu'il avait eu l'occasion de la voir trois mois environ auparavant pour une grosseur dans la région de la fosse canine droite. Cette tuméfaction étant nettement fluctuante et s'accompagnant d'une légère douleur, il avait incisé et donné ainsi issue à un liquide abondant, couleur marc de café.

Une franche amélioration avait suivi cet acte opératoire mais la malade était revenue revoir son dentiste ces jours-ci avec une tuméfaction encore plus considérable que la première fois et c'est pourquoi il me l'adressait.

A l'examen (10 juin 1935) on notait les faits suivants:

— Belle jeune fille de 17 ans en parfaite santé.

— Rien de spécial dans les antécédents héréditaires, collatéraux ou personnels.

1° *Signes subjectifs:*

Pas de sensation douloureuse à proprement parler mais, impression de plénitude et de tiraillement au niveau du maxillaire supérieur à droite.

2° *Signes fonctionnels:*

La malade ne tousse pas. Elle nous dit avoir mouché assez abondamment avant la première incision de sa poche, mais actuellement, elle ne mouche plus du tout.

3° *Signes objectifs:*

Fosses nasales normales. On ne note pas de pus dans le méat moyen droit.

— Pharynx normal.

— Larynx normal.

— *Cavité buccale.*

La denture est bonne dans l'ensemble. Toutefois, on note l'avulsion de la deuxième prémolaire supérieure gauche et de la première et deuxième grosses molaires droites.

En outre, au niveau de la fosse canine droite, on constate la présence d'une volumineuse tuméfaction.

Cette tuméfaction de la grosseur d'ensemble d'un demi petit œuf de poule environ, à grand axe transversal, est nettement fluctuante à la pression. Le doigt qui palpe n'a nullement l'impression de résistance osseuse même légère. Etant donné l'aspect du liquide évacué lors de la première incision, étant donné également la nature de récidive après cette incision, enfin devant l'absence des deux grosses molaires, qui avaient été soignées pendant longtemps avant d'être extraites, nous portons le diagnostic de kyste paradentaire. Nous demandions une radiographie que nous nous excusons d'ailleurs de ne pouvoir reproduire ici.

Cette radiographie peu nette à la vérité, était assez difficile à interpréter, mais montrait cependant un sinus maxillaire droit plus clair que le gauche, et surtout une clarté arrondie débordant d'une part le plan antérieur du maxillaire et d'autre part remplissant à peu près complètement la cavité sinusienne droite qui était manifestement plus grande que la gauche.

Nous pensions à un kyste intra-sinusien et nous décidions d'intervenir.

Opération le 26 juin 1935 (Docteur ARDOUIN). Anesthésie locale à la novocaïne à 0,50 pour 100.

— Tronculaire au niveau de la fosse ptérygo-maxillaire.

— Par infiltration de toute la zone tuméfiée.

— Incision au niveau de la fosse canine suivant le grand axe de la poche.

— Très prudemment, on découvre la paroi du kyste et l'on se rend vite compte que la fosse canine n'existe plus, soufflée qu'elle a été, puis détruite par le processus tumoral.

— On se trouve donc en présence d'une membrane résistante arrondie, convexe vers l'extérieur, et enchassée, à la manière d'un verre de montre, dans une mince pellicule osseuse que l'on dégage très doucement à la rugine jusqu'à la limite de l'os sain.

— On excise alors presque complètement ce couvercle externe, et on se trouve aussitôt en présence d'une cavité remplie d'un liquide citrin foncé caractéristique, contenant de très nombreuses paillettes brillantes de cholestérine.

— Après avoir vidé la cavité de son contenu, on se rend compte de son importance et de sa profondeur. Toute la cavité du sinus maxillaire a été envahie et même agrandie par le processus kystique.

On insinue entre la membrane du kyste et la paroi osseuse environnante un décolleur à sous-muqueuse de courbure moyenne et on a l'impression d'un clivage parfait et idéal entre le kyste et l'os. A vrai dire, le kyste membraneux est coiffé d'une mince pellicule osseuse et c'est entre cette pellicule extrêmement mince et l'os sain que se fait le clivage.

— Tenté alors par l'idée d'extraire complètement cette poche, en un seul bloc, on agrandit la brèche externe à la fine gouge de façon à pouvoir « accoucher » plus facilement l'ensemble de la tumeur.

— On reprend aussitôt le clivage et on reste absolument stupéfait de la facilité avec laquelle le décolleur détache d'une manière idéale la totalité de la poche kystique.

— Après un tamponnement sommaire, on constate d'une part l'absence d'hémorragie et d'autre part la présence d'une muqueuse sinusienne absolument saine.

— On régularise à la pince-gouge la brèche osseuse externe et l'on termine là l'intervention.

— Pas de tamponnement ultérieur.

— Pas de suture.

La cavité est surveillée les jours suivants et on reste étonné de la facilité et de la rapidité avec laquelle la cicatrisation parfaite et complète s'est effectuée.

Par la suite, la malade n'a jamais ressenti le moindre trouble et nous avons eu le plaisir, l'an dernier, d'apprendre son mariage.



Fig. 6. — Poche kystique, Mlle A.

(D^r Ardouin)

Dans le cas présent, l'intervention une fois terminée, nous reprîmes la pièce opératoire que nous avons remplie de coton pour lui restituer son aspect véritable. Ainsi fixée, la poche kystique enlevée représente *très exactement le moulage de la cavité sinu-sienne* et nous pensons que telle qu'elle est, elle constitue une pièce anatomique très intéressante. On y distingue en effet la forme caractéristique de l'antra d'Highmore avec ses quatre recessus: alvéolaire, palatin, oculaire et orbito-ethmoïdal (voir Fig. 6),

OBSERVATION N° 2

(D^r ARDOUIN)

Mme RI..., 45 ans.

Rien de spécial dans les antécédents.

Nous est adressée le 5 juillet 1936, par son médecin et son dentiste, pour une volumineuse tuméfaction de la fosse canine droite.

A l'examen (le 5 juillet 1936) on constate en effet un soulèvement considérable de tout le vestibule supérieur droit.

D'autre part la rhinoscopie antérieure montre un soulèvement de la fosse nasale droite.

La palpation donne une légère impression de crépitation parcheminée.

La radiologie montre:

— Obscurité de toute la région du sinus maxillaire droit qui est très augmenté de volume.

— Amenuisement du plancher orbitaire.

— Elargissement du recessus malaire.

— Disparition complète de la cloison intersinuso-nasale droite.

Diagnostic clinique: Kyste paradentaire extériorisé au niveau de la fosse canine droite et empiétant sur la région nasopalatine (soulèvement du plancher de la fosse nasale).

Intervention le 10 juillet 1936 (D^r ARDOUIN).

— Anesthésie locale à la novocaïne, à 1 pour 200.

Tronculaire fosse ptérygo-maxillaire.

— Au niveau du tissu sous-orbitaire.

— Par infiltration de la fosse canine.

— Incision prudente, classique, au niveau de l'équateur du kyste.

L'écarteur d'Amoedo mis en place, on décolle ainsi très prudemment le kyste, qui apparaît toujours de plus en plus développé.

Arrivé aux confins de la zone décollable, on se trouve en présence d'un véritable dôme, extrêmement étendu, le kyste ayant refoulé:

— en dehors la région malaire,

— En haut le plancher orbitaire,

— en dedans la paroi externe des fosses nasales.

Toujours avec prudence, on insinue un décolleur à sous-

muqueuse, entre la paroi osseuse saine du sinus maxillaire, et la mince coque osseuse du kyste, en essayant de détacher en un seul bloc la poche liquidienne et sa mince carapace.

Malheureusement, du côté alvéolaire, d'une part, du côté nasal de l'autre, on se heurte à des adhérences intimes, avec zone d'ostéïte manifeste du côté de la région dentaire. De plus, on a l'impression que le plancher orbitaire est extrêmement fragile, réduit à une simple lame osseuse et on décide de ne pas faire de tentative d'accouchement du bloc ostéo-kystique, pour éviter de dangereux délabrements. On incise donc aux ciseaux, cette paroi kystique revêtue de sa couche osseuse, incision donnant immédiatement issue à un liquide abondant, brun noirâtre, grumeleux, comparable au marc de café.

Tamponnement minutieux.

On se rend alors immédiatement compte que le kyste a épousé en totalité les dimensions de l'antra d'Highmore, dont il a refoulé fortement les parois.

C'est ainsi que l'on a sous les yeux, une cavité de sinus maxillaire très élargie dans tous les sens, et matelassée par la paroi kystique.

Extraction de la membrane épithéliale du kyste et de son enveloppe osseuse.

Cette extraction facile en haut, et en dehors, l'est beaucoup moins en bas et en dedans.

Avulsion d'une incisive centrale d'une part, et d'autre part d'une prémolaire, dont l'apex faisait saillie dans la cavité kystique.

Une première toilette de la région opératoire faite, on se rend compte des faits suivants :

1° La cloison intersinuso-nasale droite est détruite dans toute son étendue. Seule la muqueuse pituitaire, d'ailleurs saine, persiste.

2° On voit très bien le prolongement naso-alvéolaire du kyste se dessiner sous la forme d'une petite niche développée au niveau du pied de la sous-cloison, mordant à la fois la région alvéolaire, et la zone naso-palatine (plancher de la fosse nasale droite).

Ecouvillonnage sévère au chlorure de zinc au 1/10.

Pas de suture.

Suites opératoires normales. (A noter le peu de réaction des téguments de l'hémiface droite).



Fig. 7. — Poche kystique, Mme R.

(D^r Ardouin)

Il s'agissait dans ce cas d'un volumineux kyste paradentaire développé aux dépens de la deuxième prémolaire droite avec envahissement sinusien, disparition de la cloison intersinuso-nasale et envahissement du massif incisif.

OBSERVATION N° 3

(D^r ARDOUIN)

M. Ba..., de Tours, nous est adressé par son dentiste, le 1^{er} février. Voici son histoire.

25 ans.

Rien de spécial dans les antécédents.

Présentait depuis quelques jours une tuméfaction de la lèvre supérieure gauche.

Consulte son dentiste le mardi 1^{er} février qui m'adresse le malade d'urgence. On constate alors :

Volumineuse tuméfaction de toute la région vestibulaire gauche, avec fusée vers le côté droit.

Toute la lèvre supérieure est fortement œdématisée, et projetée en avant et en haut, donnant ainsi l'aspect de lèvre de tapir.

A la palpation, on a l'impression d'une masse arrondie, du volume d'une noix, rénitente par endroit, et donnant également parfois l'impression de balle de celluloïd ramolli.

Intervention le 2 février.

Anesthésie locale à la cocaïne adrénaline.

Incision très prudente de la muqueuse vestibulaire, au niveau de l'équateur du kyste.

Au décolleur, le dôme du kyste apparaît, mais on a des difficultés pour l'énucléer en raison de ses adhérences profondes.

On incise alors franchement la paroi du kyste.

Ecoulement d'un flot de pus épais et très fétide sous pression.

Curettage minutieux de la poche et écouvillonnage au chlorure de zinc.

A ce moment-là, on constate de nouveau l'apparition dans la cavité kystique, d'un nouveau flot de pus paraissant venir du sinus maxillaire. Il existe, en effet, une communication sinuso-kystique.

On aborde alors franchement le sinus maxillaire par la fosse canine. Flot de pus ayant les mêmes caractères que le pus kystique.

On constate aussi que la membrane du kyste a complètement envahi le sinus maxillaire. Décollement et excision de cette membrane. Curettage minutieux.

On termine par la communication classique intersinuso-nasale.

Exposition et nettoyage des deux cavités kystico-sinu-siennes.

Pas de suture.

L'opération terminée, on se trouve en présence d'une large cavité opératoire, intéressant la fosse nasale et le sinus maxillaire.

Fort heureusement pour le malade, la fibro-muqueuse avait été respectée par les lésions.

Il s'agissait en somme d'un *volumineux kyste naso-vestibulaire gauche avec envahissement total du sinus maxillaire correspondant.*

OBSERVATION N° 4

(D^r ARDOUIN)

M. O..., 39 ans, commis des P.T.T., nous est adressé le 10 mars 1937 par son dentiste de Tours.

Il y a deux ans, le malade nous dit avoir fait une sinusite maxillaire droite. Cette année, il se trouve gêné par une grosseur du maxillaire supérieur droit qui l'oblige à consulter.

On constate en effet (le 10 mars 1937) au niveau de la région vestibulaire paramédiane à droite, une tuméfaction du volume d'une grosse noix environ.

Cette tuméfaction à la palpation donne bien l'impression caractéristique de la balle de celluloïd.

La radiographie, malgré toute notre insistance, n'a pu être pratiquée et nous le regrettons.

Intervention le 19 mars 1937.

On aborde tout d'abord le kyste par une incision superficielle et prudente.

On se trouve ainsi en présence d'un petit dôme blanc brunâtre que l'on parvient à décoller sur tout son pourtour.

Toutefois, l'adhérence des parois du kyste dans la profondeur rend une énucléation impossible.

On prend donc le parti d'inciser le kyste et d'en enlever en totalité sa paroi. L'incision est aussitôt suivie d'un écoulement d'un pus jaunâtre qui donne au sitôt l'explication des adhérences profondes du kyste.

C'est donc minutieusement et sans trop d'énergie que l'on se propose de terminer l'intervention à la curette.

La cavité étant soigneusement curettée et tamponnée, on constate la venue, presque aussitôt, de pus identique au précédent et on a l'explication de ce phénomène par la présence au fond de la cavité du kyste d'un pertuis communiquant avec le sinus maxillaire.

On décide alors aussitôt de terminer par un Caldwell-Luc. Agrandissement de l'incision vestibulaire, trépanation de la fosse canine au lieu d'élection. On tombe sur un sinus extrêmement profond, rempli de masses fongueuses purulentes et de nombreuses formations polypôides.

Extirpation de ces masses à la pince plate de Luc, curetage minutieux au chlorure de zinc.

Lorsque la cavité sinusienne est ainsi libérée, curettée et propre, on établit largement à la pince-gouge une com-

munication du sinus et de la cavité kystique. Ablation des diverses crêtes osseuses et examen de la paroi d'évidement du kyste qui fort heureusement n'avait pas effondré le plancher de la fosse nasale, ni la voûte palatine.

En somme, il s'agissait d'un kyste paradentaire naso-palatin, mais à développement vestibulaire ayant dédoublé la lame osseuse horizontale du maxillaire supérieur, sans effondrer ni le plancher nasal, ni la voûte palatine.

OBSERVATION N° 5

Mlle Alexandrine A..., de la Chapelle Blanche, nous est adressée le 10 février 1938 par son médecin, Monsieur le Docteur de Stankiewicz, de Ligueil.

Cette dame, âgée de 62 ans, n'indique rien de spécial dans ses antécédents.

Elle présente depuis longtemps déjà une petite tuméfaction de la région incisive paramédiane gauche. Elle n'accuse aucune douleur et sans l'insistance de son médecin à vouloir la débarrasser de cette affection, elle ne ferait personnellement rien dans ce but.

A l'examen (le 10 février), on constate en effet dans la région vestibulaire incisive supérieure gauche une petite tuméfaction de la grosseur d'une petite noix, soulevant légèrement la lèvre supérieure et contribuant à donner à cette lèvre une ébauche de lèvre de tapir.

La rhinoscopie antérieure montre en outre un soulèvement assez prononcé du plancher de la fosse nasale gauche.

A la palpation, on a très nettement l'impression de la crépitation parcheminée.

En outre, l'examen de la cavité buccale montre une denture très défectueuse. En particulier, il n'existe plus que des racines cariées de toutes les incisives.

Malgré l'absence de radiographie qu'il est absolument impossible de faire accepter à la malade, on pose le diagnostic clinique de kyste paradentaire et on décide d'intervenir.

Intervention le 15 février 1938 (Dr Ardouin).

Anesthésie locale par infiltration de la région opératoire (novocaïne à 0,50 pour 100).

Incision superficielle donnant accès sur un dôme représentant la pellicule osseuse recouvrant le kyste.

Très prudemment, et tangentiellement, on enlève cette lamelle osseuse par de petits coups de gouge.

C'est alors la membrane du kyste qui apparaît.

Le clivage, au décolleur, s'effectue normalement, sauf au niveau de l'apex de l'incisive latérale gauche.

On a seulement l'impression que la poche du kyste est maintenue en définitive par des adhérences au niveau de l'alvéole de cette dent et on a l'idée de refouler cette racine avec un élévateur vers le kyste. Cette manœuvre est suivie de succès car l'élévateur en poussant la dent refoule en même temps la totalité du kyste que l'on n'a plus qu'à cueillir dans sa cavité.

Cette observation est très curieuse.

Elle montre un exemple typique de kyste radiculo-dentaire développé aux dépens de l'incisive latérale.

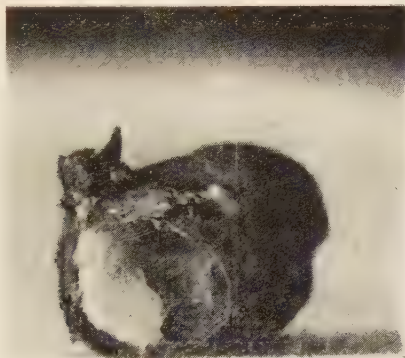


Fig. 8. — Mlle A.

(D^r Ardouin)

Dans ce cas, la région du massif incisif était soufflée par le kyste, mais le processus d'envahissement était peu actif. En effet, ni le plancher de la fosse nasale soulevé, ni la voûte palatine n'ont eu à souffrir de la présence de la tumeur kystique. Grâce à la pratique systématique du clivage, nous avons pu avoir en totalité le kyste et la manœuvre de refoulement de la dent nous a permis de conserver l'apex de l'incisive latérale, cause du kyste (voir Fig. 8).

OBSERVATION N° 6

(D^r ARDOUIN)

M. Su..., 76 ans, ingénieur, nous est adressé par son dentiste le 12 janvier 1936 pour une tuméfaction jugale droite. Ce vieillard encore parfaitement droit, sec et solide, n'a jamais été malade. Depuis 2 ans, il constate dans la région vestibulaire supérieure droite la présence d'une petite « grosseur » qui le gêne et qui augmente progressivement de volume.

Examen du 12 janvier 1936.

Signes subjectifs: pas de douleur. Impression d'empâtement de la joue.

Signes fonctionnels: ne mouche pas, ne crache pas. Le kyste se vide par l'alvéole; accuse quelques troubles oculaires.

Signes objectifs: On constate au niveau de la région nasogénienne droite une tuméfaction de la grosseur d'un petit œuf. A la palpation, on se trouve en présence d'une tumeur rénitente dont le doigt peut aisément faire le tour par la voie vestibulaire. En pressant fortement sur elle, on peut faire sourdre par l'alvéole de la deuxième grosse molaire droite un liquide couleur café au lait. La pression ne détermine aucune douleur. Il n'existe pas non plus de modification du squelette, le massif facial est normal par ailleurs.

L'examen de la cavité buccale montre une denture dans un état déplorable. La région alvéolaire du maxillaire supérieur droit en particulier (côté de tuméfaction) se présente avec 4 chicots au niveau des grosses molaires et des 2 prémolaires. Le pharynx est normal de même que la cavité nasale.

La diaphanoscopie est négative, il existe même comme cela se voit dans les kystes paradentaires, une hyperillumination du sinus maxillaire du côté de la tuméfaction.

Enfin, la radiographie montre une tuméfaction arrondie du sillon vestibulo-génien, à droite, sans altération particulière du sinus maxillaire correspondant.

Le diagnostic de kyste paradentaire simple s'imposait.

Il ne pouvait pas en effet être question d'une affection inflammatoire chronique spécifique.

On devait également écarter, et c'était là le diagnostic

le plus important à faire, la possibilité d'une tumeur maligne.

Malgré l'âge du malade, on ne constatait aucune modification squelettique importante. Le sujet n'accusait aucun symptôme nerveux, comme cela est la règle dans les affections néoplasiques du massif facial supérieur. L'état général d'autre part n'était nullement touché. Enfin, l'examen montrait une tuméfaction nettement localisée, à contour arrondi de consistance rénitente, et sa pression provoquait un écoulement par l'alvéole de la deuxième molaire.

A quelle variété de kyste paradentaire avait-on à faire?

Vraisemblablement, à un kyste jugal puisqu'il paraissait être développé aux dépens des débris embryonnaires de la deuxième grosse molaire.

Le kyste vraisemblablement ne devait pas avoir de rapports importants avec la cavité sinusienne.

Intervention le 21 janvier (D^r ARDOUIN).

Anesthésie locale, tronculaire, sous-orbitaire, et infiltration.

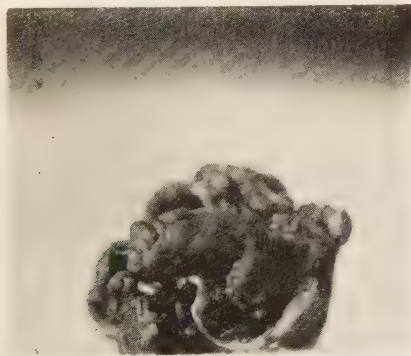


Fig 9. — M. S.

(D^r Ardouin)

Incision au niveau de la fosse canine dans sa partie postérieure suivant l'équateur de la cavité kystique en arrière, par conséquent de l'incision classique du Caldwell-Luc. On tombe d'emblée sur une paroi assez épaisse, d'un bleu foncé qui n'est pas autre chose que la paroi du kyste,

La coque osseuse à l'intérieur de laquelle s'était développé le kyste était, en effet, complètement résorbée. A l'aide d'un décolleur à sous-muqueuse, on arrive très prudemment à dégager le contour du kyste de ses attaches fibreuses. Cependant, du côté alvéolaire, il est absolument impossible de séparer le kyste de ses adhérences, et l'on est obligé de ruginer fortement à l'aide d'une rugine courbe, ce qui fait ouvrir la porte et s'écouler un liquide semi-visqueux de coloration brun-verdâtre.

On termine alors l'intervention par un curettage très énergique de la cavité, où était logé le kyste, et l'on constate que cette cavité refoulait légèrement en haut la paroi sinusienne et en dedans le vestibule osseux nasal.

Mais, en aucun point, il n'existe de communication entre le lit du kyste ou l'une des cavités sinusienne ou nasale.

On pratique un curettage du pédicule kystique en rapport avec l'alvéole de la deuxième molaire.

Ecouvillonnage soigneux au chlorure de zinc. On termine par l'ablation des chicots dentaires et un curettage prudent des alvéoles libérés.

Pansement.

Bruschettini-Gonacrine.

Suites absolument normales.

CHAPITRE VIII

CONCLUSIONS

1. *Deux ordres de faits* doivent être envisagés dans le problème étiologique et pathogénique des kystes paradentaires ou radiculo-dentaires.

a) D'une part des phénomènes infectieux,

b) D'autre part certaines dispositions embryonnaires.

a) *Infection :*

C'est la carie dentaire, aboutissant à l'infection periapicale, qui détermine tout d'abord des lésions de peri-apexite.

C'est l'infection subaiguë, ou chronique, qui provoquera ensuite des lésions hyperplasiques periapicales, pour aboutir au granulome pariapical.

b) *Embryologie :*

Les débris épithéliaux paradentaires de MALASSEZ et GALIPPE; vestiges *inutilisés* des bourgeons épithéliaux embryonnaires, peuvent se transformer sous

l'influence de l'irritation hyperplasique périapicale, et produire des tumeurs kystiques progressivement extensives, ou kystes radiculo-dentaires.

2. *Histologiquement*, la formation de ces kystes, paraît soumise à l'influence de deux facteurs : d'une part la polarisation épithéliale (ARDOUIN), et d'autre part le degré d'inflammation du tissu ambiant. Il faut donc faire intervenir les deux éléments épithélial et conjonctif.

3. *Macroscopiquement*, l'intérêt de ces formations kystiques réside dans leur localisation au niveau du massif facial, et dans leur tendance plus ou moins envahissante.

L'origine dentaire de ces tumeurs kystiques, permet de les classer suivant la situation de la dent causale. C'est ainsi que l'on peut distinguer les kystes des grosses molaires supérieures, des prémolaires, des canines, de l'incisive latérale, et de l'incisive centrale.

Les plus caractéristiques sont les kystes de l'incisive latérale avec leurs manifestations possibles naso-palatines, et les kystes des molaires avec leur possibilité d'envahissement sinusien.

4. *Cliniquement*, et schématiquement, ces kystes se présentent sous la forme d'une tuméfaction intra-osseuse, arrondie, en verre de montre, et de consistance bien spéciale rappelant celle de la balle de celluloid (crépitation parcheminée).

La situation de la dent causale peut déterminer des localisations vestibulaires, nasales, palatines ou intra-sinusiennes.

5. *La radiographie*, montre une image claire,

periapicale, à fond homogène, à contour régulièrement arrondi, bordé par un trait fin opaque.

6. *Le Diagnostic*, de ces formations kystiques est en général facile. L'examen stomatologique minutieux, la radiographie permettent de la distinguer des diverses tumeurs ou formations spécifiques du voile, de la cavité buccale, nasale ou vestibulaire.

7. *Le traitement*, des kystes radiculo-dentaires, doit consister dans *l'exérèse totale de la paroi kystique*.

Notre technique est la suivante : mise à nu de la paroi tumorale, après rugination prudente, et *clivage minutieux et patient* de la poche et de l'os avoisinant.

Nous gardons l'intégrité du kyste pour faciliter le début du clivage.

Dans un second temps, nous incisons la poche, en vidons le contenu, et terminons ainsi plus facilement le décollement complet du kyste.

Nous sommes ennemis de la curette dans les kystes non suppurés.

Deux localisations sont importantes :

1. *Le kyste de l'incisive latérale* en raison de leur développement possible naso-palatin ;

2. *Le kyste des molaires*, en raison de leur orientation intra-sinusienne.

Cette dernière localisation soulève un problème thérapeutique longtemps controversé.

Il semble qu'actuellement, la pratique méthodique et prudente du clivage, permette de ne pas incor-

porer systématiquement le kyste dans la cavité sinusienne, et qu'il y ait au contraire intérêt à conserver intacte la muqueuse du sinus maxillaire qui est rarement touchée par l'infection même lorsqu'elle est en contact avec un kyste infecté.

Vu: *Le Président de Thèse*,
LEMAITRE.

Vu: *Le Doyen*,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Université de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALFARO (V.-R.). Kystes dentifères du sinus maxillaire (*Société de Laryngologie des Hôp. de Paris*, 3 avril 1933).
- ALOIN (H.). Kystes paradentaires à développement endonasal (*Lyon Chirurgical*, 1923, t. 20, p. 416).
- ARDOUIN (G.). Les tumeurs malignes du maxillaire inférieur (*Revue odontologique*, Juillet-Août 1935, p. 561).
- BERCHER (J.). Observation d'un kyste paradentaire évoluant dans la joue (*Revue de stomatol.*, t. 40, n° 7, juillet 1938, p. 463).
- BERCHER ET DELATU. Recherches sur l'unité des différentes variétés de kystes paradentaires (*Odontologie*, 30 août 1923, p. 504).
- BERCHER ET GRANCLAUDE. Etude anatomo-clinique d'une tumeur adamantine du maxillaire inférieur (*Revue odontologique*, p. 102, mars 1930).
- BERCHER, FARGIN-FAYOLLE, FLEURY, LACAISE. « Pathologie dentaire ».
- BLOCH. Kystes paradentaires (*Revue stomatol.*, 1902, p. 185).
- BOUGSSON. Traitement du kyste paradentaire (*Thèse de Paris*, 1903).
- BONYSTON. Traitement des kystes paradentaires (*Thèse de Paris*, 1903).
- BOUVIER. Kyste paradentaire appendu aux racines d'une dent de sagesse inférieure vivante (*Soc. de stomatologie*, Paris, 20 juin 1933).

- BUTHIEAU (Félix) ET PROBY (Henri). Kyste paradentaire à développement sinusal chez un syphilitique (guérison par l'intervention) (*La Semaine dentaire*, n° 9, 5 mars 1933).
- CAMPATELLI (Vicenzo). Il trattamento delle cisti paradentaire con acido tricolore acetico (*Inst. di odontoiatria e protesi dentaria della R. Università di Firenze. La Stomatologia*, Vol. XXVII, septembre 1929, n° 9, p. 758).
- CARON. Volumineux kyste dentifère du maxillaire inférieur (*Revue odontologique*, p. 170, février 1933).
- CARTIER ET MARTINAUD. Sur un cas de kyste paradentaire (*Société de stomatologie et Assoc. odontologique de Bordeaux et du Sud-Ouest*. — Séance du 27 mars 1929).
- CARVALLO ET REY. Kyste paradentaire du maxillaire inférieur (*Revue de stomatologie*, t. 34, n° 3, mars 1932).
- CAVALIE ET NICAISE (Henri). Sur un cas de kystes paradentaires multiples (*Société de stomatologie et association odontologique de Bordeaux et du Sud-Ouest*. — Séance du 30 mai 1929).
- CHENET (H.-M.). Contribution à l'étude clinique des kystes paradentaires (*Thèse de Paris*, 1913-1914, n° 360, in-8°, p. 106).
- CHIAVARO. Kyste paradentaire (*Thèse de Naples*, 1905).
- CROQUEFER. Kyste paradentaire développé vers la table externe du maxillaire supérieur, difficulté d'interprétation radiographique (*Revue de stomatologie*, Paris, XXX, p. 150, mars 1928).
- CROQUEFER (H.). Contribution à l'étude histologique des kystes paradentaires. La dégénérescence cholestérinique dans les granulomes et kystes paradentaires (*Thèse de Paris*, 1934, in-8°, n° 399).
- DECHAUME. Kyste du maxillaire supérieur par inclusion épithéliale (*Soc. de stomatologie*, Paris, 19 décembre 1933).
- DECHAUME ET DUCHENE. Kyste paradentaire aux dépens d'une molaire de lait (*Soc. de stomatologie*, Paris, 20 février 1934).

- DELATER ET BERCHER. Kyste paradentaire (*Revue de stomatologie*, 1922, t. 24, n° 5).
- DELGNEL ET SENTENAC. Kyste paradentaire traité par le procédé de Patch (*Soc. de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 3 février 1928).
- DEROCQUE (P.-A.). Kyste paradentaire avec dent incluse (*La Normandie Médicale*, p. 101, avril 1928).
- DESPONS (J.). A propos de la pathogénie des Kystes paradentaires. Essai de classification des kystes d'origine dentaire (*Journal de Méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 3-10 avril 1937, n°s 14-15).
- D'HONT (J.). Kystes paradentaires latéro-radiculaires invisibles à la radiographie. Leur influence sur la malposition de certaines incisives (*Société Franç. d'orthop. dento-faciale*, 14^e Réunion, Toulouse, 5-1934, *Revue de stomatologie*, n° 8, 8-1-1934).
- DI BLASI (A). Voluminosa cisti parodontaria del seno maxillare destro (*Oto-rino-laryng. Ital.* 5; 227-232, mars 1933).
- D'ONOFRIO. Un caso di voluminosa cisti parodontaria suppurata del mascellare superiore (*Arch. Ital. di Otol.*, Torino, 1925, XXXVI, 215-222).
- DUFOURMENTEL. A propos de l'évolution des épithéliomas adamantins (*Revue odontologique*, mars 1936, p. 205).
- DUFOURMENTEL ET FRISON. Quelques considérations sur les dents incluses (*Revue odontologique*, p. 490, octobre 1928).
- DUFOURMENTEL. Tumeurs embryonnaires du maxillaire inférieur (*Bulletins et Mémoires de la Soc. des Chirurgiens de Paris*, 16 janvier 1934).
- DURRIEUX. Kystes paradentaires (*J. des Prat.*, 1889, p. 289).
- FARE. Des kystes paradentaires et de leur traitement (*Ann. Med. Chir. du Centre*, Tours, 1904, 1 vo., p. 67).
- FAUCONNIER (Henri-J.). Les kystes paradentaires. Nosographie (*Liège Médical*, 9 avril 1933, n° 15).
- GARROT (J.-H.). Contribution à l'étude des kystes paraden-

taires intrasinusiens (*Thèse de Bordeaux*, 1905-1906, in-8°, n° 100, p. 57).

GENTSCH (Heinrich). Contribution à la pathologie et à la clinique des adamantinomes du maxillaire supérieur (*Arch. f. ohren*, etc... Berlin, 1932, A. 133, fasc. 4, p. 312).

GRANDCLAUDE LESBRE. Contribution à l'étude des pseudotumeurs paradentaires (*Soc. Anatomique*, 3 février 1927).

HENNEBERT (P.). Enorme kyste paradentaire. Présentation de photo, radios et pièce (*Société Bruxelloise oto-rhino-laryng.*, séance du 18 décembre 1931).

JACQUES. Kystes paradentaires (*Congr. internat. Laryngol.* Mai 1907).

JACQUES. Sur le diagnostic des kystes paradentaires du maxillaire supérieur (*Odontologie* par., 1919, LVII, 530-534).

JACQUES. Les kystes paradentaires et leur traitement (*O.R.L. Internationale*, juillet 1920).

LATTUNZI (L.-A.). Los quistes paradentarios: su estudio y tratamiento (*Semana Med.* 2: 45-47, I, July, 1937).

LEFFI. Cistes paradentaria del mascellare superiore (*Osp. Maggiore Milano*, 1922, 3 s., X, 43-49, 2 pl.).

LEMAITRE, RUPPE, ZHA. Traitement des kystes paradentaires.

LEMAITRE (F.) ET RUPPE (C.). Considérations topographiques sur les kystes paradentaires (II^e *Congrès de la Société d'oto-rhino-laryngologie latina Catane*, 28-30 septembre 1931).

LESTER, RICHARD, CAHN (New-York). Le kyste dentigène, adamantinome en puissance (*The dental cosmos*, septembre 1933).

LEROUX (Louis). Kyste paradentaire déformant chez un adolescent (*Soc. de laryng. des Hôp. de Paris*, séance du 18 décembre 1933, in *Ann. d'oto-laryng.* N° 3, mars 1934).

LOVE (Andrew-A.). Les kystes dentigènes du sinus maxillaire (*Les Annales d'oto-rhino-laryngologie*, mars 1935).

MALASSEZ, GALIPPE. Les débris épithéliaux paradentaires (Paris, Masson, 1910).

MARTINAUD (G.). Réflexions sur un kyste paradentaire intrasinusien opéré (*Société d'otologie et Société de stomat. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, réunion du 26 février 1932).

MAUREL. Kyste paradentaire du maxillaire supérieur en rapport avec une mortification pulpaire sans carie (*Rev. de Stomatol.* Paris, 1921, XXIII, 396-400).

MAUREL (Gérard) ET GERLACH. Enorme kyste dentigène du maxillaire inf. avec fracture mandibulaire (*Revue odontologique*, p. 160, avril 1930).

MOREL, KAHN. Kystes paradentaires et radiographie (*Ann. d'oto-laryngologie*, n° 3, mars 1934).

MORLET (A.) ET MORLET (J.-B.) (Vichy). Kystes dentifères et adamantinomes à dents embryonnaires (*Presse Médicale*, 23 mai 1925).

NASSE. Kyste paradentaire (*Central bl. f. chir.*, 1889).

NIVARD. Aspect radiologique des lésions périapicales (*Revue odontologique*, p. 82, mars 1929).

POMME DE MINIMONDE. Etude sur les Kystes épithéliaux paradentaires (*Thèse de Paris*, 1898).

PASQUIN. Un cas de kyste paradentaire compliqué (*Société Bruxelloise d'oto-rhino-laryngologie Bruxelles Médical*, 6 nov. 1932).

ROUSSEAU, DECELLE, CROQUEFER. Notes sur les kystes paradentaires du maxillaire supérieur. Variétés, symptômes, complications, diagnostic, traitement (VII^e Congrès français de stomatologie).

ROUSSEAU, DECELLE, LATHES ET BORNET. Kyste extra-osseux du maxillaire supérieur par inclusion épithéliale (*Soc. de stomatologie*, Paris, 16 janvier 1934).

ROY (Maurice). Les kystes paradentaires (*Soc. d'otondol. de Paris*, séance du 10 juin 1938; in: *Information dent.*, 3 juillet 1938, p. 672).

- RUPPE (D.-H.). Kystes paradentaires (*Ann. d'oto-laryngologie*, n° 3, mars 1934).
- RUPPE. Tumeurs malignes des maxillaires (*Revue odontologique*, p. 685, novembre 1931).
- SCHARFF. Kystes paradentaires (*Thèse de Nancy*, 1902).
- SIRANTOINE. Kystes paradentaires (*Thèse de Nancy*, 1903).
- SOUCHET. Kyste paradentaire volumineux de la mâchoire supérieure traité par la méthode de Jacques (*Normandie Méd.* Rouen, 1922, XXXIII, 169-171).
- SORDOILLET. Kystes paradentaires (*Thèse de Nancy*, 1906-1907).
- SEIGNEURIN. Evolution particulière de deux kystes paradentaires du maxillaire supérieur (*Presse Médicale*, 11 novembre 1925).
- WORMS. Kyste paradentaire et lipiodol (*Société de lar. des Hôpitaux de Paris*, séance du 9 mars 1927).